



Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä de-eskalaatiomallin mukaisesti

Bitter Maria
Kärpälä Pauliina
Salminen Ursula



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä de- eskalaatiomallin mukaisesti

Bitter, Maria
Kärpälä, Pauliina
Salminen, Ursula
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

Maria Bitter, Pauliina Kärpälä, Ursula Salminen

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä de-eskalaatiomallin mukaisesti

Vuosi 2015

Sivumäärä 24

Opinnäytetyössämme laadimme opetusvideon väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta hoitotyössä de-eskalaatiomallin mukaisesti. De-eskalaatiomalli tarkoittaa väkivallan vähentämiseen suuntautuvia työmenetelmiä. Työssä on myös teoriaosuus väkivallan ehkäisyn keinoista, väkivallasta ja sen eri muodoista, väkivallan eskaloitumisprosessista, väkivaltaan liittyvää lainsäädäntöä ja hoitajan toiminnasta väkivaltatilanteissa. Videon avulla havainnollistamme joitakin väkivallan ehkäisyn keinoja.

Työn taustalla ovat lisääntyneet väkivaltatilanteet sosiaali- ja terveysalalla ja tieto siitä, että aiheesta tarvittaisiin alalla lisää koulutusta ennaltaehkäisyn tukemiseksi. Jokainen sairaanhoitaja tulee uransa aikana kokemaan väkivaltatilanteita ja niissä tulisi osata toimia ennaltaehkäisevästi. Tilanteen tapahduttua on hoitajan pystyttävä käsittelemään tilanne. Haastavat potilaat ovat sosiaali- ja terveysalalla yleinen ongelma ja osa hoitajien arkipäivää.

Työn tarkoituksena on tehdä MAPA -koulutus tunnetummaksi, jotta koulutusta voitaisiin järjestää yhä useammissa paikoissa ja hoitajilla olisi yhtenäinen malli väkivallan ehkäisyssä. Videon ideana on antaa katsojalle kuva siitä, millaisia mahdollisuuksia koulutus antaa toiminnalle tilanteissa, jossa kohdataan väkivaltaa hoitotyössä.

De-eskalaatiomallissa korostuvat työntekijän psykososiaaliset verbaaliset ja nonverbaaliset vuorovaikutustaidot. De-eskalaatiomallin mukaiseen toimintaan kuuluvat neuvottelemineen, ongelmanratkaisu ja merkityksen hakeminen potilaan kiihtymykselle ja haastavalle käyttäytymiselle. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla hänelle oikeus valita kiihtymistilanteen ratkaisuvaihtoehdoista kaikille osapuolille turvallisista. Potilasta hoidetaan mahdollisimman vähän rajoittavalla tavalla, mutta viimeisenä vaihtoehtona tehdään fyysinen, kommunikoiva, hoidollinen ja mahdollisimman hallittu väliintulo.

Videomme toiminnallinen osio sisältää kolme osiota, joista ensimmäisessä haastatellaan MAPA -kouluttaja Sven Soldehedia MAPA:n perusteista. Toisessa videossa opastetaan henkilön vieminen päinmakuulle oikeaoppisesti. Kolmannessa videon osiossa näytetään käsiotteesta irtautuminen. Opetusvideomme on luotu opetuskäyttöön ja sitä voi hyödyntää MAPA -koulutuksen yhteydessä esimerkiksi koulutuksen esittelyyn tai tutuksi tuomiseen.

Jatkossa jälkipuinnin merkitystä voi tutkia lisää. Jälkipuinti voi jäädä kokonaan väliin, vaikka se olisikin tärkeä osa väkivaltatilanteiden käsittelyä. Väkivallan kohtaamista käsittelevää koulutusta tulisi suunnata myös enemmän somaattiselle puolelle.

Asiasanat: Väkivalta, aggressiivisuus, MAPA, potilas, ennaltaehkäisy

Maria Bitter, Pauliina Kärpälä, Ursula Salminen

Dealing with a violent patient in health care, using the MAPA de-escalation model

Year	2015	Pages	24
------	------	-------	----

In this thesis we produced an educational video of facing a violently behaving patient in terms of de-escalation models in health care. A de-escalation model is a working method directed to reduce violent behaviour. This thesis also includes a theoretical part about violence, how to prevent it and different forms of it. It also includes the theory of the escalation process, legislation and nurses' actions in violent situations. With the support of this video we visualize some of the ways of preventing violence.

This work is based on the increasing violent situations in the social- and welfare industry, and an awareness of need for more educational support to prevent these kinds of situations. Every nurse will be facing violent situations in their career and they should know how to act preventively. A nurse must be able to process the situation that has occurred. Challengingly the behaviour of patients are a common problem and part of everyday life of nurses in social- and welfare industries.

The purpose of this thesis is to make MAPA -training better known, so education could be systematized in even more places, and that nurses would have a common vision on how to prevent violence. The point of the video is to give the viewer an idea of what kind of possibilities the training has to offer in situations, when facing violence in healthcare.

In the de-escalation model employee psychosocial verbal- and nonverbal interaction skills are emphasized. Consistent actions of de-escalation model are negotiating, problem solving and finding a purpose for intensification and challenging behaviour of patients. Self-determination is respected by giving a patient the right to choose the safest alternative solution for every party in an intensification situation. A patient is nursed with as small amount of limited actions as possible, but the last option is to make physical, communicative, medical and as controlled intervention as can be achieved.

The functional part of our video includes three parts. First is an interview of MAPA -trainer Sven Soldehed about the basics of MAPA. Second video is a guide for putting a person to a prone position correctly. Third part of the video shows breaking away from the hold of a patient. Our video has been created for educational use and it can be used with MAPA -training for example as a presentation of training, or to become more familiar with it.

In future the meaning of defuse could be researched more. Defuse may be sometimes forgotten, even though it is an important part of handling violence situations. Violence is a thing that could be used in many research studies and dissertations. The education of facing violence should be dealt with more in somatic health care.

Keywords: Violence, Aggression, MAPA, Patient, Prevention

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Haastava käyttäytyminen	7
2.1	Aggressio ja aggressiivisuus	8
2.2	Väkivalta	9
2.3	Hoitajan kokemukset työpaikkaväkivallasta.....	10
3	Hoitajan turvallinen toiminta väkivaltatilanteissa	11
4	Työpaikkaväkivaltaan liittyvä lainsäädäntö	14
5	Työsuojelu ja hallinnolliset toimenpiteet	15
6	Väkivaltatilanteiden kirjaaminen ja raportointi.....	16
7	Väkivallan ehkäiseminen hoitotyössä videot	17
7.1	Ensimmäinen video: Sven Soldehedin haastattelu	17
7.2	Toinen video: henkilön vieminen päinmakuulle	17
7.3	Kolmas video: käsiotteesta irtautuminen	18
8	Pohdinta	18
8.1	Prosessin kuvaus.....	18
8.2	Luotettavuuden ja käytettävyyden arviointi	19
8.3	Tulosten yhteenveto.....	19
8.4	Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet.....	20
	Lähteet	21
	Liitteet.....	23

1 Johdanto

Jokainen sairaanhoitaja tulee kohtaamaan väkivaltaisista tilanteista työssään ja niissä on osattava toimia ennaltaehkäisevästi. Haastavat potilaat ovat terveydenhuollossa yleinen ongelma ja ne ovat osa hoitajan arkipäivää. Väkivaltaa voi esiintyä niin henkisenä kuin fyysisenä ja työpaikalla koettu väkivalta potilaalta hoitajaa kohtaan on vakava, mutta harmillisen yleinen ongelma. Hoitajien on osattava toimia vaativissakin tilanteissa ammattitaidolla. Kun vaikeat tilanteet yleistyvät, hoitajien työuupumus lisääntyy. Onkin tärkeää osata käsitellä vaikeat tilanteet niiden vaatimalla tavalla, esimerkiksi keskustellen työyhteisön kanssa tilanteesta, sekä siitä, olisiko sen syntyä voinut ennakoida tai ehkäistä.

Koulutuksella on suuri vaikutus hoitajan tulevaisuuteen. MAPA (The Management of Actual or Potential Aggression) -koulutus osana opintoja on tehokas vaihtoehto oppia toimimaan tilanteissa ennen niiden kärjistymistä tai tilanteen jo kärjistyttyä. Sairaanhoitajan koulutukseen ei ole perinteisesti kuulunut väkivaltaisen ihmisen kohtaamista muuten kuin teoriantuntoina, mutta nyt tilanne on muuttumassa. Jotkut oppilaitokset ovat ottaneet käyttöönsä väkivallan ennaltaehkäisyn ja turvalliseen hoitoon liittyvää koulutusta. Tästä on esimerkkinä MAPA.

Valitsimme aiheen osallistuttuamme koulussa järjestettyyn väkivallan ennaltaehkäisyä ja kohtaamista käsittelevään työpajaan. Opinnäytetyöryhmämme kesken pohdimme, että tämä olisi mielenkiintoinen aihe omaksi opinnäytetyöksemme. Työpajamme opettaja mainitsi, että opetusvideot olisivat hyödyllisiä ja niitä voisi sisältyä enemmän opetukseen. Syksyllä 2013 otimme osaa kaksipäiväiseen MAPA -koulutukseen, jonka koimme hyödylliseksi ja mielenkiintoiseksi. Työpajasta saimme idean lähteä työstämään opetusvideota väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta ja väkivallan ennaltaehkäisystä. Keskusteltuamme MAPA -kouluttajien kanssa asiasta tulimme siihen tulokseen, että ideoimamme aihe palvelee myös MAPA -menetelmää sen esittelyssä ja tunnetuksi tekemisessä. Näin ollen päädyimme tekemään yhteistyötä MAPA -yhdistyksen kanssa, joka toimii opinnäytetyömme tilaajana. Ohjaavana opettajanamme toimii MAPA -kouluttajana toimiva opettajamme Aulikki Yliniva ja työelämän ohjaajana toimii MAPA -kouluttaja Petteri Miettinen.

Työmme teoriaosuudessa käymme läpi väkivaltaa ja sen eri muotoja, väkivallan syntymisen syitä, väkivallan eskaloitumisprosessia, lainsäädäntöä ja hoitajan toimintaa väkivaltatilanteissa. Esittelemme myös lyhyesti opetusvideoidemme sisällön, joiden pohjana toimii väkivallan eskaloitumismalli, joka kuuluu MAPA:n ideologiaan. Väkivallan eskaloitumisella tarkoitetaan tilanteen kärjistymistä, jossa haastava tilanne voi pahentua esimerkiksi huutamiseksi tai fyysiseksi kontaktiksi (Pahlman, Tölli & Yliniva 2014).

Haluamme syventyä työssämme väkivallan ehkäisyn keinoihin ja havainnollistaa niitä videon avulla. Haluamme kiinnittää huomion siihen, miksi väkivaltaa esiintyy, mitkä ovat yleisimmät tilanteet, joissa väkivaltaa esiintyy ja käydä läpi väkivallan eskaloitumismallia. Opinnäytetyön pohjustamme tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon. Pyrimme havainnollistamaan työmme avulla hoitotyön ammattilaisten kohtaamia ongelmia väkivaltaisten potilaiden hoidossa. Haluamme tehdä ymmärretyksi, miten paljon ja miten vaikeisiin tilanteisiin sairaanhoitaja ammatissa joutuu. Tilanteista selviäminen vaatii nopeaa ajatuksen juoksua, mutta työssämme pyrimme selittämään tämän ajattelun syitä ja seurauksia. Tarkoituksena on luoda lukijalle ja videon katsojalle kattava selvitys siitä, miten aggressiivisen potilaan kanssa tulee toimia missäkin tilanteessa. Tilanteita on hyvin monenlaisia ja eri ympäristöissä, joten olemme valinneet videoihin tilanteet, jotka on helppo toteuttaa videoinnin avulla ja joista tieto välittyy videoinnin kautta parhaiten katsojalle. Etenemme videoissamme eskalaatiomallin mukaisesti. Työmme avulla myös tilaajamme hyötyy, sillä MAPA -yhdistys voi halutessaan hyödyntää videoitamme ja tekstiämme koulutuksen esittelyssä ja markkinoinnissa. Laurea voi myös hyödyntää videota edellä mainitulla tavalla. Tavoitteenamme on siis luoda opinnäytetyö, josta on hyötyä suuremmallekin yleisölle ja jonka avulla opimme itse aiheesta mahdollisimman paljon.

Projektimme on alkanut syksyllä 2013, jolloin saimme idean opinnäytetyön aiheesta. Keväällä 2014 osallistuimme opinnäytetyöstarttiin ja teimme aiheanalyysin opinnäytetyöstä. Keväällä 2014 saimme MAPA -yhdistyksen opinnäytetyön tilaajaksi ja työelämän ohjaajaksi saimme opettajamme Aulikki Ylinivan avustuksella MAPA -kouluttaja Petteri Miettisen. Kesän 2014 aikana suunniteltuna oli tehdä opinnäytetyön teoriaosuus ja suunnitella opetusvideoiden sisältö ja kulku tarkemmin. Syksyllä 2014 kuvaamme videot Hyvinkään Laurean simulaatioluokassa. Tarkoituksenamme oli saada valmiiksi opinnäytetyö kevään 2015 aikana ja esitellä se julkaisuseminaarissa samana keväänä.

2 Haastava käyttäytyminen

Haastava käytös voidaan Emersonin (1995, 3) mukaan määritellä sosiaalisesti hyväksymättömäksi yksilöiden stressin purkautumisen muodoksi, joka kestollaan, toistuvuudellaan ja voimakkuudellaan aiheuttaa turvallisuusriskin henkilölle itselleen tai muille. Se voi olla myös käytöstä, joka vakavasti rajoittaa tavanomaista yhteisön toimintaa. Haastava käytös määritellään usein vaikeaksi tai ongelmalliseksi toiminnaksi, jota esiintyy lapsilla tai aikuisilla poiketen heidän ikäluokkiensa normaalista toiminnasta. Haastava käytös voidaan luokitella esimerkiksi väkivaltaisuudeksi, itsetuhoisuudeksi, esineiden heittälyksi esimerkiksi turhautumisen vuoksi ja karkailuksi. (Understanding challenging behaviour 2014.)

Omassa opinnäytetyössämme käytämme haastavan käytöksen termiä puhuttaessa potilaiden poikkeavasta käyttäytymisestä joko sairaalan osastolla tai päivystyksessä. Haastavaksi käytök-

seksi laskemme aggressiivisuuden, väkivaltaisuuden, tuhtuneisuuden, tilanteista poistumisen, uhkailun, huutamisen ja muun normeista poikkeavan toiminnan.

Haastavasta käytöksestä voidaan puhua eri käsittein. Komppa-Valkama määrittelee vaikeahoitoisen potilaan psyykkisesti sairaaksi. Potilaan elämäntaustaan liittyi vaikeuksia ja tämän itsetunto oli problemaattinen. Potilas oli väkivaltainen ja arvaamaton. Vaikeahoitoiseen potilaaseen liittyi myös vaikeuksia lääkehoidon toteutuksessa ja ylipäänsä yhteistyökyvyttömyyttä hoidon toteutuksessa. Psykiatrisella osastolla potilaan vaikeahoitoisuus ilmeni potilaan itsensä ja ympäristönsä siisteysongelmina, ruokailuongelmina ja yhteisön sääntöjen, rajojen ja normien noudattamattomuutena. Vaikeahoitoinen potilas oli tutkittavalla osastolla väkivaltainen. Työpaikkaväkivallan kohteeksi joutuminen oli osastolla todennäköisempää kuin väkivallan kohdistuminen toisiin potilaisiin. Hoitajat kokivat myös vaikeahoitoisuutena uhkaavaa käytöstä ja sanallista uhkailua. Vaikeahoitoisen potilaan määrittelyssä voidaan käyttää myös tutkimuksen mukaan sanaa arvaamaton. Vaikeahoitoinen potilas oli käytökseltään arvaamaton. Tutkielmassa yhteistyökyvyttömyys ilmeni esimerkiksi vahvana sairaudentunnottomuutena, mikä merkitsi, etteivät potilaat tunteneet, tunnistaneet tai tiedostaneet omaa sairauttaan. Potilailla ilmeni hoitokielteisyyttä ja kontaktin saaminen oli vaikeaa. Potilaat eivät myöskään kyenneet vuorovaikutukseen. (Komppa-Valkama 2005, 17, 25 - 27.)

Omaa määrittelyämme tämä tukee, sillä MAPA -malli käsittelee ennaltaehkäisyä, jossa arvaamattomuus korostuu. Potilaiden käyttäytyminen saattoi olla kontrolloimatonta, eikä potilas pystynyt itse säätelemään impulssejaan. MAPA:n eskalaatiomallin mukaan potilaan käytöstä ja tulevaa toimintaa pitäisi pystyä ennakoimaan ja ennaltaehkäisemään tilanteen kärjistymistä.

2.1 Aggressio ja aggressiivisuus

Aggressiotutkijat Kirsti Lagerspetz ja Liisa Keltikangas-Järvinen erottavat käsitteet aggressiota ja aggressiivisuudesta. Aggressio on yksilön vietti, tapa reagoida turhautumiseen ja myös osa opittua käyttäytymistä. Aggression päämääränä on saavuttaa psyykkinen tasapaino. (Leppänen 2004, 12.)

Aggressiivisuus voidaan selittää eri tavoin eri tieteenaloilla. Psykologisen selityksen mukaan syyt aggressiivisuuteen ovat yksilön persoonallisuudessa, psyykkisessä kehityksessä ja kokemusmaailmassa. Sosiokulttuurisesta näkökulmasta aggressiivisuus on seurausta epäonnistuneista yhteisömuodoista, yksilön vieraantumisen yhteiskunnasta ja yksilön kannalta epäsuotuisasta yhteiskunnallisesta kehityksestä. Biologinen näkemys selittää aggressiivisuuden löytyvän yksilön perimästä ja hänen neurologisten ja fysiologisten prosessiensa häiriöstä sekä niiden aiheuttamista oppimis- ja sopeutumisvaikeuksista. (Leppänen 2004, 12.)

Aggressiivisuuden aiheuttama vahingoittaminen voi olla fyysistä (vammat, mustelmat, kipu) tai psyykkistä (nolaaminen, häpäiseminen, syrjiminen). Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla harkittua tai tunnepohjaista. Tunnepohjainen aggressiivisuus käsittää vihasuuden ja raivon tunteita, mutta sillä voidaan tavoitella myös mielihyvää. Aggressio voi olla myös myönteinen tila, joka auttaa yksilöä pääsemään tavoitteeseensa motivoimalla ja tuomalla energiaa hänen toimintaansa. (Leppänen 2004, 12 - 13.)

2.2 Väkivalta

Aggressiivisuus kuvaa ihmisen tunnetilaa ja motivoitua toimintaa, kun väkivaltaisuudella taas tarkoitetaan ihmisen ulkoista käyttäytymistä. Väkivaltaisuus on usein reaktio pelottaviksi koetuille tunteille ja tilanteille, joiden hallitseminen koetaan vaikeaksi, eikä ihmisellä ei ole muita selviytymiskeinoja tilanteeseen. Väkivalta-sana kuvaa ulkoisia tapahtumia, esimerkiksi ihmisen pakottamista johonkin vastoin hänen tahtoaan tai hänen vahingoittamiseksi. (Leppänen 2004, 13.) Väkivaltaisuus ja väkivalta ovat käsitteitä, jotka kulkevat yhdessä aggressiivisuuden ja aggression kanssa. Voidaan ajatella, että väkivalta on reaktiota aggressiivisuuteen. (Hakala & Kilpiö 2009, 22.)

WHO (World Health Organization) käyttämän määritelmän mukaan väkivalta on vallan tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen. Väkivalta käsite koskee nimenomaan tahallista tekemistä, ja määritelmän ulkopuolelle jäävät tahattomat tapaukset, kuten esimerkiksi liikenneonnettomuudet tai palovammat. Väkivallan käytön tahallisuus ei välttämättä tähtää vahingon aiheuttamiseen. Tarkoitettu käytös ja tarkoitettu teko eroavat toisistaan ja esimerkiksi äiti saattaa ravistella itkevää lastaan voimakkaasti yrittäessään hiljentää tätä. Teko aiheuttaa lapselle aivovamman, jota äiti ei ole tahallisesti tarkoittanut aiheuttaa. Väkivallan käyttö on ilmeistä, mutta vamman aiheuttaminen ei välttämättä ole tarkoituksellista. (Väkivalta ja terveys maailmassa 2002.)

Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan työtehtävien hoitamisen aikana tapahtuvaa väkivaltaa tai sen uhan kohteeksi joutumista. Väkivaltaa voi ilmetä uhkaavana käytöksenä, ahdisteluna ja pelotteluna tai fyysisenä väkivaltana, kuten kiinnipitämisinä, huitomisena, lyömisenä, potkimisena tai ääritapauksessa aseiden käyttönä. Väkivalta ja sen uhka vaikuttavat työntekijän työhyvinvointiin, vaikka vain pieni osa tilanteista aiheuttaa fyysisiä vammoja. Väkivallan uhka aiheuttaa haitallista työkuormitusta, vaikka väkivaltatilanteita ei olisikaan sattunut työpaikalla. (Väkivallan uhka työssä 2014.)

Riski kohdata väkivaltaa on sosiaali- ja terveysalalla selvästi muita aloja suurempi. Suurin riski on mielenterveyshoitajilla. Väkivalta on myös vakavampaa kuin muilla aloilla kohdattu työpaikkaväkivalta. (Louhela & Saarinen 2006, 11.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskennellessä on yli kaksinkertainen riski joutua kokemaan fyysistä väkivaltaa tai uhkailua työssään verrattuna kaikkien ammattien keskiarvoon. Työssään hoitajat kokevat kysymyksiensä mukaan monenlaista väkivaltaa. Hoitajat kohtaavat työssään potkimista, tarrautumista, huitomista, sylkemistä, tönimistä yms. Fyysisen väkivallan lisäksi hoitajat olivat kertoneet joutuneensa muun muassa huorittelun, haistattelun, uhkailun, kiroilun ja kansainvälisten käsimerkkien näyttelyn kohteeksi. Uhkailun kerrottiin olevan yleistä, eikä tämä aina edes jäänyt uhkailun tasolle. Väkivaltatilanteet ovat usein äkillisiä, ja tutkimuksessa hoitajat kertovat potilaan käyneen kiinni herättyään unestaan. (Korhonen & Sinisalo 2011, 9, 23.)

2.3 Hoitajan kokemukset työpaikkaväkivallasta

Hoitoalalla työskennellessä väkivaltaisista tilanteista tulee niin usein, ettei niitä ehdi jäädä pohtimaan, vaan tilanteista selvitään hyvässä työyhteisössä kollegoiden avulla. Väkivaltatilanteisiin oppii suhtautumaan jollakin tavalla myös humoristisesti; monet väkivaltaiset tilanteet läpikäydään huumorin avulla hoitajien kesken, jolloin tilanne ikään kuin laukeaa, ja asia voidaan unohtaa. Kaikkien potilaiden kohdalla väkivaltaisuutta ei pysty ennakoimaan, mutta joidenkin väkivaltaan osaa automaattisesti varautua. Väkivaltaisiksi eivät heittäydy ainoastaan alkoholistit tai huumeiden käyttäjät, vaan myös esimerkiksi infektion vuoksi sekavat vanhukset. Harva tilanne pelottaa oikeasti, mutta uhkaaviakin tilanteita tulee vastaan, kuten Sirkka-Liisa Räisänen-Telkki kertoo. (Väkivallan uhka on arkea hoitotyössä 2012.)

Mikkolan (2013, 61 - 62) tutkimuksen haastattelussa yksi eniten pelkoja aiheuttavista tekijöistä oli työturvallisuuden menettäminen. Ensiapupoliklinikalla koettiin väkivalta- ja uhkatilanteet merkittäviksi pelkoa aiheuttaviksi tekijöiksi. Osa haastatelluista oli joutunut potilaan tai omaisen väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi. Kokemuksia oli mm. aseellisesta uhkatilanteesta, kuristusyrityksestä tai muusta fyysisestä väkivaltatilanteesta, esimerkiksi potkiminen, pureminen, nyrkillä huitominen tai naamalle sylkeminen. Kyselyn perusteella työturvallisuuden tuntua vähensi muun muassa aseistautunut potilas, lääkintävirheen tekeminen, elvytys, väkivaltatilanne, aggressiivisesti käyttäytyvä potilas, suuronnettomuus ja kiire. Työturvallisuutta sen sijaan ei vähentänyt esimerkiksi yksin työskenteleminen hoituhuoneessa, valitukset tai toiminnan muutos. Korhosen ja Sinisalon (2011, 25 - 27) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat väkivallan uhan ahdistavana ja se aiheuttaa pelkoa hoitohenkilökunnan keskuudessa.

Soldehed (2008, 20 - 21) tutki Satakunnan sairaanhoitopiirissä koulutettua henkilökuntaa, ja kyselyssä kävi ilmi, että 13 % vastaajista koki saaneensa riittävät valmiuden väkivallan koh-

taamiseen ammattikoulutuksessaan. 71 % koki saaneensa valmiuksia työkokemuksen ansiosta. 95 % vastaajista oli täysin tai lähes samaa mieltä, että Aggression Hoidollinen Hallinta - koulutus oli tarpeellinen. AHHA -nimeä käytettiin aiemmin englannissa kehitetystä MAPA -mallista, mutta kun Suomessa aloitettiin kouluttajakoulutukset 2005, vanhat nimi (AHHA) yhdistettiin englantilaisen MAPA -nimikkeen alle. Kyselyn mukaan vastaajista 86 % oli joutunut fyysisen väkivallan uhan kohteeksi vähintäänkin kerran työuransa aikana. Miehistä 82 % kertoi joutuneensa väkivallan kohteeksi työssään, kun taas naisista 54 % kertoi olleensa samassa tilanteessa. Tutkimus osoittaa hyvin sen, miten usein hoitajat ja sairaanhoitajat joutuvat kohtaamaan väkivaltaa sairaaloissa. Osastoista riippumatta väkivaltaa esiintyy, mutta erityisesti psykiatrisilla osastoilla väkivalta on yleistä.

3 Hoitajan turvallinen toiminta väkivaltilanteissa

Hoitotyö on asiakastyötä, ja sitä tehdään vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Hoitajan tulee tunnistaa riskitekijät hankalan tai uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa ja pyrkiä ohjaamaan tilannetta rauhallisempaan suuntaan. (Miettinen & Kaarne 2008, 273 - 277.) Väkivaltariskiä on arvioitava jatkuvasti hoitotyössä, ja sen ennakoiminen on tärkeää, sillä näin voidaan estää väkivallan syntymistä. Arviointi tapahtuu tilannearviota tekemällä ja tarkkailemalla potilasta. Läsnäolo, tarkkailu ja vuorovaikutus potilaan kanssa mahdollistavat tilannearvion tekemisen, ja näin hoitaja voi yrittää määrittää väkivallan toteutumisen riskin ennalta. Käytännössä arviointiin vaikuttavat hoitajien tiedot potilaasta, hänen väkivaltahistoriastaan sekä mielenterveysongelmistaan. (Hakala & Kilpiö 2009, 22.)

Hoitajan tulisi tunnistaa työssään reviirijatteluun liittyviä tekijöitä, jotta hän voisi ymmärtää potilaan olotilaa ja sietää omaa olotilaansa. Työssään sairaanhoitaja joutuu rikkomaan potilaan reviiriä jatkuvasti esimerkiksi erilaisten hoitotilanteiden yhteydessä ja tämä voi aiheuttaa potilaalle epämiellyttävän olon. Kommunikoimalla ja työskentelemällä hienovaraisesti hoitaja voi lievittää potilaalle mahdollisesti aiheutuvaa epämiellyttävää oloa. Viestintä on keskeisin osa vuorovaikutustilanteessa ja viestintä voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään. On tärkeää miettiä, millä tavalla potilaalle tietoa välitetään, sillä terveydenhuollossa joudutaan tilanteisiin, jossa potilaalle annetaan erilaista tietoa ja se voi aiheuttaa aggressiivisuutta potilaassa. Myös epämääräisiä lupauksia tulisi välttää ja potilaan kanssa keskusteltaessa tulisi puhua mahdollisimman selkeästi ja lyhyesti. Kiihtyneen tai häiriintyneen ihmisen on vaikea omaksua tietoa, joten lauseiden selkeys ja lyhyys on tärkeää. (Miettinen & Kaarne 2008, 273 - 277.) Nonverbaalisella viestinnällä on myös suuri merkitys vuorovaikutustilanteessa. Ilmeet, eleet, äänenpainot ja -sävyt viestittävät paljon ja niihin kannattaakin kiinnittää huomiota omassa käytöksessään. Katsekontaktin tulisi olla luonnollinen ja potilasta tulisi katsoa silmiin säännöllisesti. Keskusteltaessa käsien tulee olla esillä, sillä käsien pitäminen puuskassa, selän takana tai taskuissa voi viestittää välinpitämättömyyttä tai uhmakkuutta.

Potilaaseen tulee säilyttää riittävä etäisyys mahdollisten lyöntien tai potkujen varalta. Potilasta voi pyytää myös istumaan, sillä se usein rauhoittaa potilasta. (Miettinen & Kaarne 2008, 273 - 277.)

Myös työpisteen siisteys lisää turvallisuutta, ja pöydällä ei kannata pitää mitään, millä potilas saattaisi uhata tai vahingoittaa. Työtilalla voi olla myös merkitystä, sillä riittävästi vartioitu ja yksityisyyttä suojaava odotustila ehkäisee aggressiivista käyttäytymistä. (Hannus 2006.)

Uhkatilanteiden varalta työyksikössä tulee olla selkeät toimintamallit ja hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen työpaikan hälytysjärjestelmästä (Miettinen & Kaarne 2008, 278). Työpaikalla työnantajan olisi perehdytettävä ja opastettava työntekijää, jotta hän voisi tehdä työnsä turvallisesti. Työntekijän on osattava käyttää turvallisia työtapoja ja toimia uhkatilanteiden välttämiseksi ja selviytyä niistä. On tärkeää, että työntekijä tietää, miten toimitaan, jos tilanne kärjistyy eli eskaloituu. Koulutuksen tulisi tukea ammatillisia valmiuksia, kuten vuorovaikutustaitoja ja kykyä kohdata vaikea asiakas. (Väkivallan uhka työssä 2014.) Jokaisen työntekijän on huolehdittava, että käyttäytyy asiallisesti ja kunnioittavasti potilaita kohtaan, ei provosoi omalla käyttäytymisellään, ei ota tarpeettomia riskejä, ei jätä työtoveria yksin, tietää menettely-ohjeet ja ilmoittaa häiriötilanteista esimiehelle ja työtovereille. (Työpaikkaväkivalta 2010.)

De-eskalaatiomalli (Liite 1) tarkoittaa väkivallan vähentämiseen suuntautuvia työmenetelmiä ja se pohjautuu lasten hoitoyksiköissä kehitettyyn terapeutiseen kiinnipitoon. (Pilli 2009, 126). De-eskalaatiomallin mukaiseen toimintaan kuuluvat neuvottelemineen, ongelmanratkaisu ja merkityksen hakeminen potilaan kiihtymykselle ja haastavalle käyttäytymiselle. De-eskalaatiomallissa korostuvat työntekijän psykososiaaliset verbaliset ja nonverbaaliset vuorovaikutustaidot. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla hänelle oikeus valita kiihtymistilanteen ratkaisuvaihtoehdoista kaikille osapuolille turvallisina. Potilasta hoidetaan mahdollisimman vähän rajoittavalla tavalla, mutta viimeisenä vaihtoehtona tehdään fyysinen, kommunikoiva, hoidollinen ja mahdollisimman hallittu väliintulo. (Toiminta 2012.) Hoitotyön tulee perustua tilanteiden ennakkointiin ja ennaltaehkäisyyn (Pahlman ym. 2014).

Potilaan ahdistuessa hänen käytöksestään voi huomata selkeän muutoksen. Muutos voi näkyä esimerkiksi rauhattomana kuljeskeluna, sormien naputteluna, tuijotteluna, jatkuvana puhumisena tai hiljaisuutena. Hoitajan tulee tukea potilasta, olla hänen lähellä ja puhua tyyntäytävästi. Taantuneen potilaan käytöksestä alkaa kadota johdonmukaisuus ja rationaalisuus. Potilas haastaa riitaa, puhuu aggressiiviseen sävyyn, huutaa ja kyseenalaistaa henkilökunnan toimintaa. Rajojen asettaminen ja vaihtoehtojen antaminen ovat taantuneen potilaan hoidossa tärkeitä. Hoitajan on oltava empaattinen ja läsnä sekä puhua tyyntäytävästi, tuomitsemattomalla asenteella. Kun potilaan käytös alkaa olla yhä uhkaavampaa ja potilaan rauhoittami-

nen ei auta, on turvauduttava fyysiseen väliintuloon tai poistuttava tilanteesta. Uhkaava käytös voi näyttäytyä tavaroiden rikkomisena, huitomisena tai uhkaavina elkeinä. (The Management of Actual or Potential Aggression Workbook 2013.)

Fyysisiä tekniikoita käytetään potilaan rajoittamisen viimeisenä vaihtoehtona silloin kun kaikki muut vaihtoehdot ovat riittämättömiä (Pahlman ym. 2014). Periaatteina rajoitustoimille ovat järkevyys, selkeys ja turvallisuus. Rajoittamistoimet eivät saa tuottaa kipua, ja niiden on oltava mahdollisimman hoidollisia, mutta silti tehokkaita. Kiinnipito ei saa aiheuttaa kipua tai tarpeetonta epämukavuutta. Kiinnipidon aikana hallitaan sen mahdollisesti aiheuttamia riskejä. Riskejä ovat esimerkiksi erilaiset pehmytkudosvammat, nivel- ja luuvammat. Kiinnipito voi myös vaikeuttaa potilaan hengitystä tai estää verenkiertoa, siksi se on osattava tehdä oikein ja tarkkailtava kokoajan potilaan vointia. Kiinnipitotilanteen jälkeen potilaalle tulisi tarjota mahdollisuus keskusteluun hoitajan kanssa tapahtuneesta. Myös hoitajien jaksamisen kannalta purkukeskustelut ovat tärkeitä. (The Management of Actual or Potential Aggression Workbook 2013.)

Keski-Valkama (2010) kertoo väkivaltaisesti käyttäytyvien psykiatrinen potilaiden hoitoon tarvittavista pakkotoimenpiteistä, kuten huoneeseen tai lepositeisiin eristämisestä. Tutkimuksessa Keski-Valkama osoittaa, että pakkotoimenpiteet ovat edelleen yleisessä käytössä länsimaaisessa psykiatriassa, mutta vaihtoehdon valitsemisessa ja määrissä on huomattavia eroja maiden välillä. Pakkotoimenpiteiden rajoittamisesta on meneillä hankkeita, ja esimerkiksi Suomessa pakkotoimenpiteitä koskeva laki on valmisteilla. Tutkimuksessa havaittiin esimerkiksi, että lainsäädännöllä ei ole ollut toivottua vaikutusta pakkotoimien vähentämiseen 15 vuoden tarkastelujakson aikana ja että lepositeissä pitämisen kesto pysyi samana ja huoneeristysten kesto kasvoi jopa kolme kertaa pidemmäksi tutkimuksen aikana. Leposide- ja huoneeristysten käyttöä kohdistettiin pääasiallisesti kliinisesti vaikeimpiin potilaisiin. Tutkimusajanjakson aikana yleisin syy pakkotoimenpiteisiin oli potilaan sekava käyttäytyminen, ei niinkään väkivalta ja uhkaava käyttäytyminen. Tutkimus osoittaa vain pieniä muutoksia pakkotoimien käytön vähenemisessä. Tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että syvään juurtuneet käytännöt ja asenteet määrittävät pakkotoimenpiteiden käyttöä ainakin yhtä paljon kuin turvallisuutta koskevat asiat ja potilaiden oikeudet. Vaikka pakkotoimenpiteiden käyttö on välttämätöntä joissakin tilanteissa, niiden käyttöä tulisi välttää mahdollisimman pitkään. (Keski-Valkama 2010, 60 - 61.)

Hottisen (2013) väitöstutkimuksessa on tutkittu rajoitustoimenpiteiden käyttöä nuorisopsykiatriassa osastohoidossa. Tavoitteena tutkimuksessa oli kuvata hoitajien, lääkäreiden ja potilaiden asenteita eri rajoitustoimenpiteitä kohtaan. Myönteisimmin rajoittamistoimenpiteisiin suhtautuivat lääkärit ja hoitajat. Sitomisten määrä oli suuri tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. (Hottinen 2013, 55 - 56.)

4 Työpaikkaväkivaltaan liittyvä lainsäädäntö

Potilaan asemista ja oikeuksista annetun lain (17.8.1992/785) mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on hänen kanssaan yhteisymmärryksessä mietittävä muita mahdollisia hoitomuotoja. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on potilaan lähiomaista, laillista edustajaa tai muuta lähiomaista kuultava ja selvitettävä, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Jos lähiomainen tai laillinen edustaja kieltäytyy hoidosta, on potilasta hoidettava muulla lääketieteellisellä tavalla yhteisymmärryksessä kieltäytyvän tahon kanssa. Potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa tai kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa säädetään. Potilaiden mukaan itsemääräämisoikeus koostuu kunnioittavasta kohtelusta, mahdollisuudesta tulla kuulluksi ja mahdollisuudesta osallistua päätöksen tekoon (Suhonen 2007, 30).

Mielenterveyslain (14.12.1990/ 1116) 2 c §:ssä mielenterveydellisistä syistä sairaalaan omasta tahdostaan otettu potilas, joka haluaa poistua sairaalasta, voidaan lääkärin toimesta määrätä tarkkailuun, vaikka tämä olisi vastoin potilaan omaa tahtoa. Tällaisessa tilanteessa ei tarvita ulkopuolisen lääkärin tarkkailulähetettä, mutta hoitoonmääräämispäätös on tehtävä viimeistään neljäntenä päivänä siitä, kun potilas on ilmoittanut haluavansa pois. Mielenterveyslain (14.12.1990/ 1116) 22 e §:n mukaan potilas saadaan eristää vastoin tahtoaan muista, jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksen perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita tai hän vaikeuttaa käyttäytymisellä vakavasti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa vakavasti omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, tai eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta syystä.

Terveystenhuollon henkilöistä annetun lain (28.6.1994/559) 15 §:ssä käsitellään ammattieettisiä velvollisuuksia ja todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön päämäärä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveystenhuollon ammattihenkilön on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Työturvallisuuslaissa (23.8.2002/73) 27 §:ssä on säädetty, että työssä johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, on työolosuhteet järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen ja rajoittamiseen tarvittavat turvallisuusjärjestelyt tai laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Myös perustuslain (11.6.1999/731) 7 §:ssä säädetään, että jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Kenenkään ei tarvitse saattaa itseään vakavaan vaaraan työssään tai työnsä vuoksi. Hoitohenkilökuntaan sovelletaan aivan tavallisia ja samanlaisia vahingonkorvaus- ja rikosoi-

keudellisia normeja, kuin missä tahansa muuallakin. Hoitohenkilökunta ei ole millään lailla erikoisasemassa rikosoikeudellisesti. (Korhonen & Sinisalo 2011, 10.) Rikoslain (13.6.2003/515) 4 §:n mukaan jokaisella väkivaltaisen hyökkäyksen kohteeksi joutuneella kansalaisella on hätävarjeluun perustuva oikeus puolustaa itseään tilanteen vaatiessa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on valmisteltu uutta lakia asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoittamisesta. Lainsäädännön uudistamisen tarve koskee erityisesti kehitysvammaisten ja muistisairaiden palvelussa käytettävää pakkoa ja suojatoimenpiteitä ja somaattisissa ja psykiatrisissa hoidossa käytettäviä itsemääräämisoikeuden rajoitustoimenpiteitä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus työryhmä 2014.) Itsemääräämisoikeuslain tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta sekä ehkäistä ennalta rajoitustoimenpiteiden käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa ja tehdä näkyväksi vallitsevat kirjavat käytänteet rajoitustoimissa. Lain tarkoitus olisi nimen omaa itsemääräämisoikeuden vahvistamisessa ja rajoitustoimenpiteiden käytön ennaltaehkäisyssä suunnittelun ja ennakkoinnin avulla. Ehdotettavan lain tarkoituksena olisi myös turvata sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä hoitoa annettaessa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus 2014.)

5 Työsuojelu ja hallinnolliset toimenpiteet

Työntekijään kohdistuvaa väkivaltaa työpaikalla ei saisi sivuuttaa pelkkänä rikosoikeudellisena jälkiselvittelynä, vaan kysymyksessä on aina työhön ja työympäristöön liittyvä työsuojeluasia. Työntekijään kohdistuneesta väkivallasta tai sen uhasta saattaa seurata fyysisten vammojen lisäksi myös henkisiä vammoja. Henkiset vammat eivät aina ilmene heti, vaan ne saattavat näkyä myöhemmin ja olla hoitamattomina pitkäaikaisia. Työturvallisuuslaki velvoittaa työpaikkoja ylläpitämään tarvittavaa ensiapuvalmiutta. (Väkivallan uhka työssä 2014.)

Esimies vastaa väkivallan ehkäisystä mm. perehdyttämällä työntekijät turvallisuustekniikan käyttöön ja menettelyohjeisiin, huomioi tila- ja kalusteratkaisut, järjestää turvallisuuskoulutusta ja käsittelee häiriötilanteet välittömästi. Johto vastaa turvallisuudesta kartoittamalla turvallisuusriskejä jatkuvasti, ryhtyy toimenpiteisiin tarvittaessa, seuraa uhkatilanteita systemaattisesti ja pitää huolta, että alueella toimii jälkihoito-järjestelmä. (Turvallisuutta kaikkien parhaaksi -toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen 2010.)

Hoitajille järjestettävistä koulutuksista ja koulutuspäiviä pitäisi olla enemmän ja näihin koulutuksiin tulisi olla mahdollisuus järjestää kertauspäiviä. MAPA itsessään on hyvä tapa kouluttaa ja kouluttautua alan vaatimiin tilanteisiin, joissa aggressiota ja väkivaltaa esiintyy. Kiinnipidot, irtautumiset ja tilanteiden jälkipuinti ovat tärkeitä osia. Väkivaltaa voidaan ehkäistä luomalla vakaa ja rauhallinen ympäristö potilaille. Soldehed mainitsee, että tällaisten yhdenmukais-

ten koulutusten ansiosta hoitohenkilökunnalla on samanlaiset valmiudet toimia väkivaltatilanteissa. (Soldehed 2008, 31.)

6 Väkivaltatilanteiden kirjaaminen ja raportointi

Penttisen ja Schildin (2010, 64 - 65) mukaan väkivalta on koko maan kattava ongelma. Kuitenkaan useimmat väkivaltatapaukset eivät tule ilmi, sillä tilanteiden kirjaaminen ja raportointi tilanteista ovat puutteellisia. Väkivallasta ei Suomessa tutkimuksen mukaan raportoida herkästi. Sanallista väkivaltaa ei usein raportoida ja fyysinen väkivalta voidaan ajatella asiana, joka kuuluu terveydenhoitoalalla työskentelyyn.

Penttisen ja Schildin (2010, 64 - 65) tutkimuksesta selvisi, että jokaisessa Suomen sairaanhoitopiirissä on järjestelmä, jonka kautta voi väkivaltatilanteet raportoida, mutta järjestelmä ei kuitenkaan ole yhtenäinen sairaanhoitopiirien kesken, joten väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä voi olla vaikeaa vertailla. Raportointi tehdään yleensä sähköisesti, mutta myös paperisia lomakkeita on vielä käytössä ja molempia käytetään myös rinnakkain. Työntekijällä on oikeus tehdä potilaasta rikosilmoitus poliisille, jos potilas on käyttäytynyt väkivaltaisesti. Raportointi ja kirjaaminen tilanteista ovat tärkeää, sillä näin voidaan tarkkailla työpaikan turvallisuuden ja työntekijöiden riittävyyttä. Työntekijöitä tulee ohjeistaa siinä miten väkivaltatilanteissa käyttäytyään ja miten niitä voi ennakoimalla koittaa ehkäistä. Tarvittaessa hoitajien kirjoittamat raportit voivat olla todisteena oikeuden tutkinnassa.

Sairaanhoitopiireissä kaksi yleisesti käytettyä vaaratilanteiden ja turvallisuuspoikkeamien raportointijärjestelmää ovat TURPO ja HaiPro. TURPO -järjestelmää käytetään työyhteisön turvallisuuspoikkeamien ilmoittamiseen, käsittelyyn ja raportointiin. Järjestelmään ilmoitetaan myös läheltä piti -tilanteet. TURPOssa ilmoitetaan tapahtumasta, joka vaarantaa työyhteisön henkilöstöä tai työyksikön toimintaa. TURPO -järjestelmään kannustetaan ilmoittamaan pienimmätkin läheltä piti -tilanteet, joiden avulla voidaan mahdollisesti puuttua turvallisuuteen liittyviin epäkohtiin ajoissa. Sairaanhoitopiirit ovat kouluttaneet henkilökuntansa käyttämään TURPO -järjestelmää. HaiPro -järjestelmällä ilmoitetaan potilasturvallisuutta vaarantavista tilanteista, mutta HaiPro -ohjelmaan voi hankkia myös lisäosan, jolla raportoidaan vaaratilanteet, jotka kohdistuvat henkilökuntaan. Myös HaiProon on tärkeää ilmoittaa läheltä piti -tilanteista. HaiPro toimii intranetissä ja vaatii sisäänkirjautumisen, jotta ilmoitus voitaisiin tehdä. HaiPron tarkoituksena on selvittää mahdolliset epäkohdat ja parantaa turvallisuutta työyksikössä. TURPON ja HaiPron suurin ongelma on anonyyminä pysyminen, sillä kaikki tietoverkkoa käyttävät pystyvät näkemään tapahtuneet uhka- tai väkivaltatilanteet. Tämä voi taas nostaa ilmoituksen tekemisen kynnystä. Vaikka henkilötiedot eivät ole kummassakaan järjestelmässä julkisia, tapahtumien kuvaus voi yhdistää tapahtumat tiettyihin henkilöihin. (Penttinen & Schild 2010, 64 - 65.)

7 Väkivallan ehkäiseminen hoitotyössä videot

Opinnäytetyöhömmme kuuluu teoreettisen pohjan lisäksi kolme erilaista videota jotka liittyvät väkivallan ehkäisemiseen hoitotyössä. Ensimmäisessä videossa MAPA -kouluttaja Sven Soldehed vastaa kysymyksiin MAPA:sta muissa kahdessa videossa esitellään väkivallan eskaloitumiseen liittyvät tilanteet ja hoitajan oikea toiminta MAPA:n menetelmiä käyttäen.

Valitsimme videoissa esiteltävät tilanteet sen perusteella, että ne ovat yleisiä väkivaltatilanteita, jotka ilmenevät hoitotyössä ja toimintatavat näissä tilanteissa ovat selkeästi esiteltävissä videolla. Opetusvideoissamme käymme läpi lainmukaisia tapoja puuttua väkivaltaisen potilaan toimintaan tai rajoittaa tämän toimintaa ideoissamme muun muassa näytämme kiinnipidon, jollainen voidaan suorittaa lainmukaisesti rajoittamatta potilaan toimia liikaa. Videossa näkyy vain pieni osa MAPA:n menetelmistä ja siinä olevat tilanteet ovat esimerkinomaisia kuvauksia mahdollisista MAPA:n menetelmien käyttömahdollisuuksista. Tämän opinnäytetyön videoiden tarkoituksena on, että opinnäytetyötämme voitaisiin käyttää MAPA -koulutusta esiteltäessä ja sen tunnetuksi tekemisessä. Koemme, että videoinnin kautta väkivallan ehkäiseminen hoitotyössä on helpommin ymmärrettävissä kuin kirjasta lukemalla, sillä väkivallan ehkäisemisen osana on käytettävä erilaisia puhetyylejä, ilmeitä ja kiinnipitotilanteessa erilaisia otteita. Videomme kuvattiin Hyvinkään Laurean simulaatioympäristössä, joten puitteet ovat mahdollisimman realistiset.

7.1 Ensimmäinen video: Sven Soldehedin haastattelu

MAPA -kouluttaja Sven Soldehed kertoo videolla MAPA:n periaatteista ja toiminnasta. Videolla esittelemme kysymykset, joihin Sven videolla vastaa.

1. Mihin MAPA -menetelmä perustuu ja mihin sillä pyritään?
2. Mitä MAPA -koulutukseen sisältyy?
3. Miten MAPA:n menetelmiä voi hyödyntää jokapäiväisessä työssä?
4. Mitä tarkoitetaan MAPA:n De-eskalaatiomallilla?
5. Millaisissa eri ympäristöissä MAPA:a voidaan hyödyntää?

7.2 Toinen video: henkilön vieminen päinmakuulle

Tämän videon tarkoitus on esitellä MAPA:n mallia, jossa viisi hoitajaa vie potilaan päinmakuulle ja toteutetaan kiinnipito. Päinmakuu asento on niin kutsuttu MAPA supported prone position, jossa potilaan omat kädet ovat tiiviisti potilaan alla antaen näin keuhkoille hengitystilaa (The Management of Actual or Potential Aggression Workbook 2013). Kiinnipito toteute-

taan tilanteessa, jossa hoitajan turvallisuus on uhattuna ja päällekkäisyys on tapahtumassa tai tapahtunut.

Potilas istuu vuoteensa reunalla ja käyttäytyy harhaisesti sekä puhuu sekavia. Huoneessa hoitaja kiinnittää huomiota potilaan käytökseen, joka alkaa eskaloitua. Potilaan käytös alkaa vaikuttaa uhkaavalta ja tilanteen rauhoittamiseen tarvitaan lisäapua. Hoitaja painaa kutsunappia, jonka avulla hälyttää muita hoitajia paikalle. Hoitaja yrittää rauhoitella potilasta, mutta kun hoitaja lähestyy potilasta, potilas tarttuu kiinni hoitajan paitaan. Samalla hetkellä muut hoitajat saapuvat tilanteeseen ja ottavat kiinni potilaasta MAPA:n kiinnipitämisen mallin mukaan. Päinmakuulle vieminen toteutetaan vain silloin kun potilas on äärimmäisen aggressiivinen, eikä istuen kiinnipito tulisi onnistumaan. Päinmakuulla saa pitää potilasta vain noin 30 sekuntia, jonka jälkeen potilas käännetään kyljelleen ja annetaan tarvittaessa rauhoittava injektio. Sen jälkeen potilas käännetään selälleen, mikä on turvallisempi vaihtoehto keuhkojen ilmanvaihdon kannalta.

7.3 Kolmas video: käsiotteesta irtautuminen

Tämän videon tehtävänä on esitellä MAPA:n mallia käsiotteesta irtautumiseen, jossa hoitaja irtautuu potilaan puristusotteesta.

Hoitaja menee antamaan vuodepotilaalle lääkkeitä. Potilas huitaisee lääkekipot hoitajan kädestä samalla tarraten hoitajan ranteesta kiinni. Hoitaja pyytää potilasta irrottamaan otteensa, jota potilas ei kuitenkaan tee. Lopulta hoitaja irtautuu MAPA:n työnä ja vedä - irtautumismallin mukaan.

8 Pohdinta

8.1 Prosessin kuvaus

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä de-eskalaatiomallin mukaisesti -opinnäytetyö oli puolentoista vuoden prosessi, jonka tekemiseen käytimme paljon aikaa ja resursseja muun opiskelumme ohella. Lähdimme liikkeelle 2013 syksyllä hahmottelemalla sisällysluettelon työellemme. Tämän jälkeen lähdimme avaamaan teoriassa käsitteitä väkivallasta ja sen ehkäisemisestä. Opetusvideon materiaalia aloimme kuvata vuoden 2014 syksyllä. Suunnitelmamme opetusvideon sisällöstä muuttui matkan varrella, sillä jotkin aiemmat ideamme eivät olleet toimivia videomuodossa. Videon saimme valmiiksi keväällä 2015. Videon editoiminen vei paljon aikaa ja oli haastavaa, koska teimme sen itse ohjelmalla, jota emme ennen olleet käyttäneet.

Tiedostimme jo opinnäytetyötä aloittaessamme, että väkivalta on osa hoitotyön arkea, mutta vasta tutustuminen tutkimustietoon konkretisoi, kuinka yleistä väkivalta todella onkaan. Väkivalta ei rajoitu vain hoitotyöhön, vaan se on läsnä kaikilla aloilla, joissa työskennellään ihmisten kanssa. Koemme, että tämän opinnäytetyön tekeminen antoi meille valmiuksia kohdata aggressiivisia potilaita työssämme ja suhtautua heihin tilanteiden vaatimalla tavalla. Tärkeää on keskittyä väkivallan ehkäisemiseen, jotta tilanteet eivät pääsisi eskaloitumaan. Tähän MAPA:n de-eskalaatiomalli perustuu. Hoitaja voi itse vaikuttaa tilanteen kärjistymiseen tunnistamalla mahdollisia riskitekijöitä potilaan käyttäytymisessä ja ympäristössä sekä omalla vuorovaikutustaidoillaan ennaltaehkäistä haastavaa käytöstä.

8.2 Luotettavuuden ja käytettävyyden arviointi

Työmme perustuu pitkälti aihetta koskevaan teoreettiseen tietoon, opinnäytetöihin ja MAPA -työkirjaan. Tietoa on myös suoraan MAPA -yhdistyksen sivuilta ja yhdistyksen kouluttajilta. Tieto itsessään on siis luotettavista lähteistä. Video on tehty MAPA -kouluttajien kanssa tiiviissä yhteistyössä, joten videon sisältö on luotettava.

Toivomme, että työmme avulla myös lukijat löytävät työkaluja kohdata väkivalta ja ehkäistä sen syntyminen. Työelämässä eteen tulee usein tilanteita, joissa potilasta on pakko hoitaa vastusteluista huolimatta esimerkiksi tämän sekavan tilan vuoksi. Tällaisissa tilanteissa hoitajan on pakko käyttää fyysisen rajoittamisen keinoja, joita toimme esille työssämme. Hoitajan on hyvä tuntea omat oikeutensa, ja työpaikan tulee tarjota turvallinen työympäristö, sillä perustuslaissa säädetään, että jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Valitettavasti henkilökohtainen koskemattomuus ei aina toteudu, sillä väkivaltatilanteita esiintyy paljon ja niitä on vaikea ehkäistä ilman tarvittavaa koulutusta ja resursseja.

Videota ja teoriaosuutta sen tukena voidaan käyttää MAPA -metodin levittämiseen ja tiedon lisäämiseen, mutta korostettakoon että MAPA -menetelmien opettaminen kuuluu henkilölle, jotka ovat saaneet siihen asianmukaisen koulutuksen. MAPA -menetelmien toteuttamista ilman koulutusta pelkän videon avulla ei voida tehdä ja siinä riskit potilaalle sekä myös henkilöstön turvallisuudelle ovat suuret.

8.3 Tulosten yhteenveto

Työmme päätuote on video, jonka tavoitteena oli yksinkertaisesti esitellä näytteitä MAPA -metodin käytöstä ja antaa tietoa keskeisistä teoreettisista kysymyksistä. Video ei kokonaisuudessaankaan kata MAPA -menetelmiä, vaan antaa tietoa ja vihjeitä murto-osasta metodin toimintaa. Videon avulla työpaikat ja koulut voivat helpottaa päätöstään siitä, onko MAPA se

koulutus, jonka he haluavat valita koulutusmetodeista. Videon avulla voidaan esitellä ja levittää tietoa MAPA:sta. Tavoitteena oli luoda video, joka voisi osaltaan edesauttaa MAPA:n tunnettavuuden lisäämistä.

Teoriassa kävimme läpi potilaan väkivaltaisuuden syitä, väkivallan eskaloitumista, hoitajan toimintaa, lakia ja säädöksiä ja työpaikanvelvollisuuksia kouluttaa henkilökuntaansa. Käsitteimme haastavaa käytöstä, aggressiota ja aggressiivisuutta, väkivaltaa työpaikalla ja de-eskalaatiomallia.

8.4 Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet

Teoriaosuudessa esittelimme lyhyesti löytömmme Keski-Valkaman väitöskirjasta. Väitöskirjassa kerrottiin, miten väkivaltatilanteiden jälkipuinti potilaiden ja hoitajien kanssa on vähäistä ja heikkoa. Tällaiseen jälkipuintiin tulisi panostaa ja sen tärkeyttä tulisi painottaa. Aiheesta saisi tehtyä lisääkin tutkimuksia ja hankkeita.

Väkivallan kohtaamista koskevaa koulutusta tulisi lisätä ympäri Suomea. Suomessa esimerkiksi MAPA:a ei kouluteta kuin muutamassa ammattikorkeakoulussa, eikä se kuulu muiden koulujen opetusohjelmiin. Esimerkiksi Laurea-ammattikorkeakoulu on yksi ensimmäisistä kouluista Suomessa, jossa MAPA:a hyödynnetään. Koulutuksen tuominen muihinkin kouluihin edesauttaisi yhtenäistä toimintaa ja tietämystä.

Lähteet

Painetut lähteet

Emerson, E. 1995. Challenging behaviour: analysis and intervention with people with learning difficulties. Cambridge: Cambridge University Press, 3.

Hannus, T. 2006. Viestinnällä väkivaltaa vastaan. Lääkärilehti 10/2006, 1152-1153.

Komppa-Valkama, M. 2005. Vaikeahoitoisen potilaan itsetunnon tukeminen psykiatrisessa hoitosuhteessa. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. 17, 17-27.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Leppänen, M-L. 2004. Hallittu terapeuttilinen fyysinen rajoittaminen - toimintamalli väkivaltilanteiden kohtaamiseen. Koulutuksen vaikutusten ja toimintamallin soveltuvuuden arviointi. Kuopion Yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma, 12-13.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/ 1116.

Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Holmberg, J. & Hirschovits, T. & Kylmänen, P. & Agge, E. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 273 - 278.

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito - perusteet. Teoksessa Hentinen, K. & Iija, A. & Mattila, E. Kuuntele minua. Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 126.

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731.

Suomen rikoslaki. 13.6.2003/515.

The Management of Actual or Potential Aggression Workbook. 2013. Participant workbook. Manchester M33 2AA, United Kingdom. crisesprevention.com

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738.

Sähköiset lähteet

Hakala, L. & Kilpiö, J. 2009. Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
http://www.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/5939/Jaana_Kilpio.pdf?sequence=1

Hottinen, A. 2013. Containment Measures in Adolescent Psychiatric Care- Focus on Mechanical Restraint. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/87684/AnnalesD1052HottinenDISS.pdf?sequence=1>

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66581/978-951-44-8025-6.pdf?sequence=1>

Korhonen, T. & Sinisalo, P. 2011. Sairaanhoidajien kokema väkivalta Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29996/Korhonen_Tiina_Sinisalo_Pia.pdf?sequence=1

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>

Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla. Malli pelosta selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/68157/978-951-44-9137-5.pdf?sequence=1>

Penttinen, J & Schildt, L. 2010. Hoitohenkilökunnan kokemat uhka- ja väkivaltatilanteet terveydenhuollossa - Raportointi ja kirjaaminen Suomen sairaanhoitopiireissä. Laurea ammatti- korkeakoulu. Opinnäytetyö.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16966/Penttinen_Joni_Schildt_Lauri.pdf?sequence=3

Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen toteuttaminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Satakunnan Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/874/Soldehed_Sven.pdf?sequence=1

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - Haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94159/gradu01546.pdf?sequence=1>

Sosiaali ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus- työryhmä. 2014. STM. Viitattu 4.8.2014.
<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaraamisoikeus>

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. Viitattu 20.8.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf

Turvallisuutta kaikkien parhaaksi - toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen. 2010. HUS. Viitattu 19.8.2014.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf>

Toiminta. 2012. MAPA-Finland Ry. Viitattu 21.8.2014.
<http://www.mapafinland.fi/toiminta>

Understanding challenging behaviour. 2014. The challenging behaviour foundation. Viitattu 19.8.2014.
<http://www.challengingbehaviour.org.uk/cbf-resources/information-sheets/understandingcb.html>

Väkivallan uhka työssä. 2014. Viitattu 19.8.2014.
<http://www.tyosuojelu.fi/fi/vakivallanuhka>

Väkivallan uhka on arkea hoitotyössä. 2012. Viitattu 19.02.2015
http://yle.fi/uutiset/vakivallan_uhka_on_arkea_hoitotyossa/5066528

Väkivalta ja terveys maailmassa. 2002. WHO:n raportti.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993_fin.pdf

Julkaisemattomat lähteet:

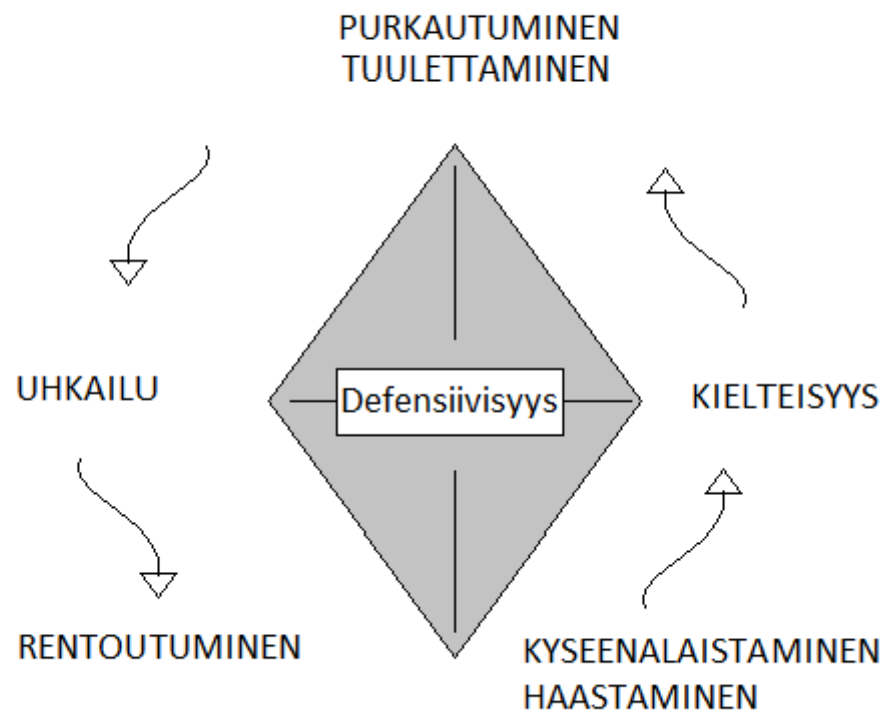
Pahlman, S & Tölli, S & Yliniva, A. Seminaari Itsemääräämisoikeuden tukeminen haasteellisissa potilastilanteissa 7.10.2014 Helsinki.

Liitteet

Liite 1 De-eskalaatiomalli Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Liite 1 De-eskalaatiomalli

DE-ESKALAATIOMALLI



Lähde: The Management of Actual or Potential Aggression Workbook. 2013. Participant workbook. Manchester M33 2AA, United Kingdom. crisesprevention.com